

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston DE CHIRAC

Né le 31 janvier 1912, à Beaumont-La-Ferrière (Nièvre)
Externe des Hôpitaux

L'Action
de l'Éphédrine et de l'Adrénaline
sur les Pancréatites aiguës
à leur stade initial

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston DE CHIRAC

Né le 31 janvier 1912, à Beaumont-La-Ferrière (Nièvre)
Externe des Hôpitaux

L'Action
de l'Éphédrine et de l'Adrénaline
sur les Pancréatites aiguës
à leur stade initial

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Pur délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Qu'elle trouve ici le faible témoignage de
ma reconnaissance et de ma filiale affec-
tion pour son courageux dévouement.*

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR A. DE CHIRAC

ET A SA FEMME

A MA SŒUR ET A SON MARI

LE DOCTEUR P. DEVOUCOUX

A MA TANTE A. DE CHIRAC

A MON BEAU-PÈRE

Qu'ils soient assurés de mon affection.

A TOUS LES MIENS
ET A CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

*Hommage reconnaissant pour l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY
MONSIEUR LE PROFESSEUR BASSET

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ (*in memoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET-DOLÉRIS
MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS
MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
MONSIEUR LE DOCTEUR BOULIN
MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. JACQUET

*Il fut pour nous un guide précieux tant
à l'hôpital que dans ce travail qu'il soit
assuré de notre affectueux dévouement.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'action de l'Éphédrine et de l'Adrénaline sur les Pancréatites aiguës à leur stade initial

CHAPITRE I

Introduction.

Deux affections jusqu'ici peu connues ont attiré vivement ces dernières années l'attention des chirurgiens : *l'apoplexie colique sans thrombose apparente*, qui n'est vraisemblablement qu'un des modes de début de l'infarctus de l'intestin, et *l'œdème aigu du pancréas*, mode de début le plus habituel vraisemblable des pancréatites aiguës.

Les deux affections ont été étudiées la plupart du temps par des observateurs différents et de façon parallèle. Elles présentent cependant dans leur ensemble une étroite parenté. De sémiologie à peu près commune, elles ont de plus un début semblable fait d'une douleur atroce et d'un état de choc si intense que le terme de « véritable cataclysme » a pu être employé par certains observateurs.

Considérées par R. Grégoire et R. Couvelaire comme une manifestation d'anaphylaxie locale, par Jacquet

et ses collaborateurs, se basant sur les expériences de Reilly, comme traduisant l'action directe sur les viscères abdominaux du système sympathique actionné lui-même par une cause qui échappe, les deux affections ont à n'en pas douter une étiologie commune. Sous le terme d'*apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques* R. Grégoire et R. Couvelaire ont cherché à grouper les faits de cet ordre, en y faisant rentrer également certains faits mal connus d'apoplexie testiculaire ou utérine, d'apoplexie pulmonaire, certains cas également d'apoplexie cérébrale et peut-être même l'infarctus du myocarde.

Dans quelques observations enfin (Savy et Puig, Mondon, Desbonnet et Loheac, Seitz, De Fourmes-traux) l'apoplexie colique et l'œdème pancréatique ont coexisté chez le même malade.

Quant à la thérapeutique, à la fois opératoire et pharmacodynamique, elle est la même pour l'une et l'autre affection. Mettant en jeu vraisemblablement les traumatismes opératoires exercés dans un territoire neurologique en état de désordre ou le simple choc opératoire, et l'action de l'anesthésie générale employée pour l'intervention ; elle se double de l'action très efficace dans certaines observations de deux substances de constitution très voisine à action sympathicotonique, l'éphédrine et l'adrénaline, à la double condition que ces substances soient données à doses très fortes et par voie parentérale.

Jusqu'à présent, dans les observations comportant leur emploi qui ont été publiées, l'éphédrine a été

utilisée plus particulièrement dans les pancréatites, l'adrénaline dans l'apoplexie colique. Il semble cependant que les deux substances puissent être interchangeables. De plus, et dans quelque cas exceptionnels, on a eu l'impression que l'action pharmacodynamique de l'un ou l'autre de ces médicaments, a pu suffire, elle seule, à guérir le malade.

C'est à l'exposé de ces faits, à l'action de l'éphédrine et de l'adrénaline ramenées au domaine des pancréatites aiguës, que nous consacrons cette étude.

CHAPITRE II

Historique.

L'action de l'adrénaline dans l'apoplexie colique a été reconnue par Grégoire (1), en 1934. Intervenant d'urgence pour un syndrome abdominal d'allure grave, avec douleur initiale d'une violence extrême et collapsus inquiétant, cet auteur constate l'aspect apoplectique de l'intestin grêle, noir par places, de teinte aubergine à d'autres endroits, avec un épaissement du mésentère répondant à la zone d'aspect sphacélique de l'intestin malade. Les arcades veineuses, les veines mésentériques sont distendues par du sang noir, immobile, non coagulé. La pression vide ces veines, mais sans faire progresser le sang.

Une injection de 1 mgr. d'adrénaline étant faite au malade, le ventre étant ouvert, sur la table d'opération, on voit l'anse infarctée changer peu à peu de couleur, de noire elle redevient rouge vif et en quelques minutes l'intestin reprend son aspect normal. Le lendemain matin, le malade était transformé et complètement guéri en une dizaine de jours.

1. Raymond Grégoire : Infarctus de l'intestin. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 19 décembre 1934.

Postérieurement à cette observation princeps, de nombreux observateurs : Lardennois, Padovani et Cattau, Laforgue, A. Dufour, J. Gauthier, Laverdos, De Fourmestiaux, etc... ont confirmé l'action souvent décisive de l'injection d'adrénaline dans l'apoplexie colique. Aussi la thérapeutique adrénalinique a-t-elle acquis droit de cité dans le traitement de l'apoplexie colique et des infarctus de l'intestin et est-elle entrée dans la pratique courante.

Il n'en est pas tout à fait de même en ce qui concerne les *pancréalites aiguës*, où la thérapeutique sympathicotonique n'a été utilisée que dans un très petit nombre d'observations publiées et qui à l'heure actuelle encore, constituent des raretés.

Notre maître le D^r Jacquet et ses collaborateurs Thieffry, Turiaf, André Basset et Plas, ayant observé en trois mois, 3 cas de pancréatites aiguës et n'ayant pas réalisé pleinement au début, comme ils le firent par la suite, la similitude existant entre les deux affections, utilisèrent l'éphédrine d'un point de vue très général, dans l'intention première de combattre l'état de choc. Nous rapportons plus loin *in extenso*, ces observations princeps.

Chez la première malade, l'éphédrine, employée trop tard et à dose trop faible, n'eut pas d'action curatrice, mais apporta contre toute attente la sédation de la douleur, mettant ainsi sur la voie des recherches à poursuivre.

Employée chez la seconde malade à des doses plus fortes et dès les tout premiers jours, l'éphédrine fit

sentir pleinement son action, agissant simultanément et de façon complète sur l'ensemble des symptômes, lesquels reparaissaient quand on diminuait la dose du médicament, pour céder à nouveau chaque fois que l'on reprenait l'éphédrine à la dose nécessaire. Finalement la malade guérit sans intervention et par la seule action de l'éphédrine utilisée.

La troisième observation est plus probante encore. Bien que d'action temporaire et n'ayant pas permis d'éviter l'intervention, l'injection d'éphédrine à des doses plus fortes encore que chez la précédente malade, amenait en l'espace de quelques minutes, la disparition complète bien que temporaire de tous les symptômes, donnant chaque fois l'illusion d'une guérison complète.

L'adrénaline, par contre, n'a été que rarement employée dans les pancréatites. Il existe dans la littérature une curieuse observation de Tuffier, datant de 1924, époque où cette action de l'adrénaline n'était pas encore connue et où le malade, semblant moribond, guérit par la suite, après intervention, et contre toute attente. Il avait reçu, entr'autre chose, avant et après l'opération, des piqûres d'adrénaline, traitement dont il n'était pas possible à l'époque de prévoir la portée.

En février 1937, le Dr Henry employa l'adrénaline dans un cas de pancréatite œdémateuse et assistait « à une indiscutable diminution de l'œdème ».

Il ne paraît pas avoir tiré de conclusion sur le fait observé (Observation VI).

Les D^{rs} Brocq et Varangot, d'une part, dans une communication faite à l'Académie de Chirurgie, le 5 juillet 1937 ; le D^r Ollieric, d'autre part, thèse 1937, citent l'emploi d'une éphédrine synthétique (éphétanine) au cours des pancréatites aiguës, par le D^r Bosheimer.

En 1938, intervenant dans un cas d'apoplexie colique, De Fourmestaux injecte cinq mgr. d'adrénaline, pendant les vingt-quatre heures suivant l'intervention et il voit sa malade guérir rapidement. Le protocole opératoire mentionne, outre l'état caractéristique du côlon apoplectique, le résultat de l'exploration de l'étage supérieur de l'abdomen. « Le pancréas est « nettement augmenté de volume, d'aspect œdémateux, rosé. Pas de stéatonecrose apparente ».

Postérieurement à cette communication, De Fourmestaux, dans une observation inédite et épistolaire adressée à notre Maître le D^r P. Jacquet, relate de la sorte une intervention qu'il vient d'effectuer au cours d'une pancréatite aiguë. « J'ai trouvé un pancréas « œdémateux, énorme, avec infiltration hémorragique « péripancréatique. Au bout de quarante-huit heures, « alors que cet individu paraissait mourant, l'adrénaline à hautes doses a déterminé une véritable resur-
« rection ».

CHAPITRE III

Les pancréatites aiguës à leur stade initial.

LA DOULEUR.

Le début des pancréatites aiguës est à peu près toujours le même. Des sujets d'âge moyen, hommes ou femmes, jouissant auparavant d'une parfaite santé ou ayant un passé dyspeptique ou abdominal qui n'a jamais pu être bien défini, sont pris soudainement d'une douleur épigastrique ou abdominale d'une extrême violence avec un état de choc d'emblée très alarmant. Rarement, la douleur débute progressivement. Souvent au contraire, comme chez la malade de notre observation I, il y a eu comme signes avant-coureurs des crises douloureuses antérieures, et sur lesquelles on n'a pas pu mettre en général une étiquette précise. Aussi peut-on se demander avec certains auteurs si dans le passé parfois douloureux de ces malades, des épisodes pancréatiques antérieurs n'ont pu dans certains cas demeurer méconnus.

Surprenante par sa brutalité, la douleur survient assez souvent en coup de foudre, et frappe le malade

au cours même de ses occupations : au moment où il se baisse pour lacer sa chaussure (Obs. II), pendant qu'il descend l'escalier pour se rendre à ses occupations (Obs. III), pendant qu'il conduit sa voiture, dans une observation inédite de Cathala (communication orale) dont le malade pu tout juste se garer au bord du trottoir et resta plié en deux, affalé sur son volant.

La douleur, sous sa forme typique, siège en pleine profondeur de l'épigastre avec une répercussion postérieure et dorso-lombaire encore plus violente s'il se peut. Méritant le qualificatif d' « atroce » qui se retrouve dans nombre d'observations, c'est une douleur brisante, un véritable broiement. Elle irradie, comme toutes les douleurs pancréatiques d'ailleurs, à la base du thorax, surtout aux hypocondres et souvent vers les seins. Elle irradie souvent aussi et de façon diffuse à tout l'abdomen, où elle peut être prépondérante dans certaines observations.

Souvent la douleur débute peu de temps après un repas et certains auteurs ont fait état de ce fait pour asseoir certaines conceptions pathogéniques. Enfin, et c'est là un fait bien connu de ceux qui ont eu à soigner des pancréatites, la douleur est rebelle à tous les calmants habituels et consacre dès les premiers instants la faillite de la morphine.

L'ÉTAT DE CHOC CONTINU.

D'emblée l'état de ces malades est très alarmant à tel point que l'on a pu craindre dès les premières

heures, dans nombre d'observations, que le malade ne succombe dans un très bref délai. Très pâles, les lèvres, les pommettes et les extrémités bleutées et froides, avec de larges placards de cyanose épars parfois sur le corps, ces malades sont sans force, inertes, comme anéantis.

Fait particulier et qui n'émerge pas suffisamment des diverses observations : ces symptômes de choc sont liés intimement à la douleur elle-même à laquelle ils se superposent à tous moments dans ses vicissitudes, s'infléchissent avec elle dans ses accalmies et dans ses recrudescences. La douleur en réalité, est une *douleur choquante* et l'état de choc persiste d'une façon continue tout au long de l'évolution, tant que dure elle-même la douleur associée.

LE POULS ET L'ÉTAT DE L'ABDOMEN.

Le pouls se présente chez ces malades de façons différentes. Tantôt c'est le collapsus circulatoire, l'effondrement plus ou moins complet de la pression artérielle, le pouls filant et imperceptible, le cœur affolé et battant à vide, qui paraissent plutôt le fait de vastes congestions passives abdominales à type d'apoplexie colique, l'emmagasinement d'une masse de sang dans les plexus abdominaux atones réalisant le collapsus périphérique suivant l'interprétation du Professeur Laubry et de Tzanck. Tantôt au contraire le pouls est rassurant, bien frappé et à peine agité, la tension artérielle sensiblement normale comme dans

nos trois premières observations, cette éventualité étant plutôt peut-être celle des syndromes pancréatico-solaires.

L'abdomen se comporte lui-même de façon très différente suivant les circonstances et il est impossible d'établir aucune règle. Tantôt la paroi est souple, le ventre est facile à palper dans toute sa profondeur, ne décelant que des zones d'endolorissement ou un empâtement profond et diffus de l'épigastre comme dans l'observation I. On peut alors attendre, s'efforcer par des recherches biologiques de parfaire le diagnostic. Tantôt il y a au contraire de la défense musculaire, localisée ou généralisée et plus ou moins accentuée, qui impose l'intervention, celle-ci étant faite en général sans diagnostic bien précis, celui d'une perforation digestive (perforation de l'estomac ou de l'appendice, rupture de la vésicule biliaire, rupture de la rate) s'étant faite sous une forme atypique étant le moins improbable.

PHÉNOMÈNES CONNEXES.

Les vomissements sont fréquents au début ; bilieux généralement, ils peuvent être hémorragiques. Une diarrhée abondante, avec coliques initiales, est fréquente chez certains malades et peut s'accompagner d'un véritable melæna. Un ictère léger peut s'associer, comme chez la malade de l'observation I, compliquant ainsi le diagnostic. La température reste à la normale ou s'élève à un chiffre moyen.

Plus important comme signe de localisation pancréatique est l'élargissement de l'anneau duodénal, témoignant de l'augmentation de volume de la tête du pancréas, constatable à la radioscopie après repas baryté. Surtout les troubles de la glycorégulation doivent être recherchés : la glycémie était à 1 gr. 65 dans l'observation I, à 1 gr. 73 avec glucosurie à 2 grammes chez la malade de la seconde observation. La montée inopinée de la leucocytose sanguine enfin, témoignant de perturbations organiques ayant lieu dans la zone malade, peut être d'un utile appoint dans le choix du moment opportun pour opérer. De même la réaction de Wohlgemuth peut aider au diagnostic.

LES DONNÉES OPÉRATOIRES.

Le fait le plus représentatif chez ces malades, indépendamment de la dilatation habituelle de la vésicule biliaire parfois lithiasique d'ailleurs, de l'existence possible sur les organes de cytotéatonecrose en taches de bougie, est l'existence d'un *épanchement séro-hémorragique du péritoine*, de faible ou moyenne abondance, qui s'écoule à l'ouverture du ventre et qui signe dès l'abord le diagnostic de pancréatite ou tout au moins d'une affection de nature très voisine.

La lésion le plus habituellement constatée est *l'œdème aigu du pancréas* (Roger Couvelaire) et du péritoine adjacent. Le péritoine prépancréatique, le mésocôlon transverse et la racine de l'épiploon, le

pédicule hépatique et le petit épiploon sont tuméfiés par l'œdème qui les infiltre et boursoufle l'arrière-cavité, tantôt diffus et gélatiniforme ou épars en larges gouttes. De teinte rosée ou ecchymotique, ou pâle, verdâtre, jaune citron, revêtant parfois l'aspect d'une gelée transparente, l'œdème s'étend ainsi à grande distance aux organes de la région et déborde de loin la loge pancréatique.

Le pancréas lui-même peut être œdémateux, boursoufflé, transformé dans certaines observations en une masse gélatineuse qui lui fait perdre sa lobulation et peut lui donner une énorme augmentation de volume.

L'état de la glande dans d'autres circonstances ne correspond pas aux lésions qui l'entourent. Le pancréas peut être petit au contraire, rétracté, parsemé de noyaux durs d'interprétation difficile sous l'œdème qui le recouvre. Des ponctuations ecchymotiques, des foyers hémorragiques ou d'apoplexie diffuse, parfois même et très précocement des zones de sphacèle avec aspect nécrotique remplacent sur la glande elle-même l'œdème environnant.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I

P. Jacquet, St. Thieffry, J. Turiaf, André Basset, et F. Plas,
Syndromes douloureux pancréatico-solaires. Action de
l'éphédrine par voie parentérale (*Bulletins et Mémoires
de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du
8 juillet 1938, n° 25).

Mme Mit... Marie, âgée de 41 ans, est hospitalisée dans
notre Service à l'Hôpital Ambroise-Paré le 7 avril 1937
pour des douleurs abdominales violentes avec accompa-
gnement de subictère ayant débuté la veille. Depuis trois
semaines déjà et à deux reprises différentes la malade a
souffert de crises analogues ayant duré respectivement
trois jours, puis quatre jours, avec dans l'intervalle des
périodes d'accalmie assez complètes pour lui permettre de
reprendre ses occupations. Ces crises surviennent après
un long passé dyspeptique de nature imprécise durant
depuis trois ans avec, comme antécédent lointain, une
application de radium faite en 1932 pour des troubles uté-
rins.

Dès l'abord, l'aspect de la malade est si caractéristique
que nous portons d'emblée le diagnostic de pancréatite.

La douleur continue, très violente, spontanée et ne recevant guère d'appoint des manœuvres de palpation, siège en pleine profondeur de l'épigastre avec un retentissement postérieur à la colonne lombaire plus violent encore s'il peut être. Mais plus encore que son intensité le caractère de cette souffrance d'être une *douleur choquante* nous frappe particulièrement. Très pâle, les lèvres, les pommettes, les ongles bleutés, la malade est anéantie, comme inerte, ayant à peine la force de gémir et ces symptômes de shock, liés intimement à la douleur elle-même à laquelle ils se superposent à tous moments dans ses accalmies et ses recrudescences, seront chez les trois malades dont nous rapportons les observations d'une aussi frappante netteté. Enfin, dernier caractère, bien connu comme propre aux douleurs pancréatiques, la *douleur est irréductible* et consacre dès les premières heures l'échec de la morphine.

La malade est subictérique et les urines bilieuses ne renferment pas de sucre. Le pouls n'est pas mauvais cependant, avec une différentielle soutenue à 16-11. Température à l'entrée, 37°2.

La glycémie, le 9 avril, est à 1 gr. 65. Leucocytose à 23.200 avec 89 % de polynucléaires et 5.080.000 hématies. Urée sanguine à 0,24 le 14 avril. La palpation, en paroi souple et pratiquement indolente, permet de discerner un léger empâtement médian occupant la profondeur de l'épigastre et s'étalant plus ou moins à droite et à gauche.

Nous avons la pensée d'utiliser l'éphédrine pour combattre l'état de choc et nous l'utilisons comme font les chirurgiens. Toutes les six heures, les 8 et 9 avril, on injecte 1 cgr. d'éphédrine, la malade en recevant 4 cgr. dans les vingt-quatre heures et sans que nous relevions

au premier abord de cette médication un effet appréciable. Aussi l'éphédrine est-elle abandonnée.

Le 10 avril cependant les douleurs s'atténuent en même temps que l'aspect choqué, et la malade entre pour un certain temps dans une phase subaiguë. Les douleurs persistent de façon continue mais sont devenues maintenant à peu près supportables. Profitant de ce répit nous continuons nos recherches. Radiologiquement l'anneau duodénal est élargi, témoignant de l'augmentation de volume probable de la tête du pancréas. La vésicule biliaire est exclue. La colonne lombaire est intacte. Un mouvement fébrile développé dès les premiers jours aux environs de 38° s'atténue peu à peu et tous les procédés courants utilisés entre temps pour mettre fin à la douleur ou remonter la malade (excepté l'adrénaline qui n'a pas été employée) échouent respectivement les uns après les autres.

Le 5 mai, demandant à la malade en une conversation familière si de tout ce qui lui a été fait jusqu'à présent quelque chose lui a laissé bon souvenir et paru de quelque intérêt, elle répond sans hésiter, désignant ainsi l'éphédrine : oui, les piqûres du début qui m'ont soulagée. Nous n'avions pas envisagé une action sédative possible de l'éphédrine sur la douleur et la malade, n'étant pas questionnée à ce sujet, ne l'avait pas signalée. Aussi l'éphédrine est-elle reprise le jour même à la dose de 4 egr., la malade étant en période subaiguë, et ce jour-là effectivement, pour la première fois depuis son hospitalisation, la malade ne souffre plus.

Notre satisfaction cependant n'est que de courte durée car dès le lendemain 6 mai, les douleurs reparaissent avec une violence redoublée, la malade dès lors nous

inspire de sérieuses inquiétudes et l'éphédrine est abandonnée. En quarante-huit heures l'empatement profond se confirme en une tuméfaction véritable. Aussi appelons-nous, le 8 mai, notre collègue Desmarests qui confirme le diagnostic de pancréatite, prend la malade dans son Service et l'opère le 14 mai. L'incision médiane découvre, en arrière de l'estomac, une collection rétro-péritonéale qui bombe en avant. La paroi dilacérée donne issue à un demi-litre de liquide rouge avec lequel s'élimine, complètement désinsérée, une masse de tissu sphacélé reproduisant exactement la forme et presque les dimensions du pancréas en entier. La malade guérit par la suite après divers incidents post-opératoires.

OBSERVATION II

P. Jacquet, St. Thieffry, J. Turiaf, André Basset
et F. Plas (*ibidem*).

Mme Er..., âgée de 40 ans, est hospitalisée le 4 juin 1937 dans la soirée, pour une crise douloureuse abdominale violente, accompagnée de vomissements, ayant débuté brusquement le matin au lever. La crise s'est déclarée en pleine santé apparente et sans antécédent aucun, dyspeptique ou autre. Débutant par une sensation constrictive barrant l'épigastre, les douleurs diffusent très vite à tout l'abdomen avec l'apparence de coliques, pour se fixer bientôt au creux épigastrique avec irradiation tout le long de l'hypocondre gauche et répercussion dans le dos. De nombreux vomissements, de la diarrhée s'associent à la douleur pendant les premières heures.

Le 5 juin, au premier contact, nous retrouvons exactement l'impression que nous a laissée notre première ma-

lade quelques semaines auparavant. L'impression dominante est celle d'un choc intense. La malade est immobilisée, profondément asthénisée, comme affaissée dans son lit. Elle est pâle avec une cyanose légère qui renforce encore la pâleur. Il n'y a pas de collapsus. Cependant, le pouls n'est qu'à 85 et la tension artérielle à 14-9 au Vaquez. Température 37°4 le matin, 38°1 dans la soirée. Les urines foncées, mais non ictériques, renferment de l'acétone avec 2 gr. de sucre, glycémie à 1 gr. 73, azotémie à 0,26.

Les douleurs, moins intenses qu'elles n'étaient la veille, siègent en pleine profondeur du creux épigastrique avec retentissement lombaire en une douleur brisante. Elles diffusent pendant les paroxysmes dans l'hypocondre gauche et remontent vers le thorax en direction des seins. La palpation est facile, dans un abdomen souple et non météorisé. Il n'y a ni tuméfaction, ni empâtement dans la profondeur de l'épigastre qui est seulement endolori. Des signes liquidiens à la base gauche attirent notre attention sur une *pleurésie hémorragique* de moyenne abondance, développée à bas bruit et perdue dans l'ensemble, dont la présence nous déconcerte. Le liquide de ponction contient les éléments figurés du sang, des placards endothéliaux et quelques lymphocytes. Examen hématologique à l'entrée : 4.300.000 hématies avec 10.600 leucocytes. Polynucléose à 87 %. Wassermann négatif.

La malade ayant reçu depuis le début deux injections de morphine demeurées sans action, nous essayons successivement l'atropine en piqure et le gluconate de calcium en injections intraveineuses qui n'apportent aucun soulagement. On prescrit l'urotropine et un traitement insulinique à 30 unités, *mais surtout, dès le 6 juin, nous utilisons l'éphédrine.*

Les 6 et 7 juin, la malade reçoit 8 cgr. d'éphédrine par jour, répartis en quatre injections. Rapidement les douleurs, le choc disparaissent en même temps que la pleurésie hémorragique elle-même se résorbe rapidement. L'éphédrine est diminuée alors progressivement de 2 cgr. par jour, pour être supprimée le 11. Trois jours plus tard, dans la soirée du 14, les douleurs reparaissent. L'éphédrine est reprise aussitôt à 8 cgr. et maintenue à ce taux du 14 au 18 en même temps que les douleurs, pour la seconde fois, rétrocedent et disparaissent. Le 19 juin, abaissement brusque de la dose journalière d'éphédrine à 2 cgr. à laquelle répond le 20 juin, une nouvelle reprise de douleurs jugulées par la reprise immédiate de l'éphédrine à 8 cgr. les 21 et 22 juin. A partir de cette date nous maintenons de façon continue l'éphédrine à la dose de 4 cgr. par jour, puis diminuons lentement sans nouvel incident.

La courbe thermique, de type continu entre 38° et 38°5, commence à s'infléchir à partir du 14 pour atteindre la normale aux environs du 20. La glycémie le 24 juin est à 1 gr. 25. L'éphédrine est supprimée le 1^{er} juillet et la malade, ayant tout l'aspect de la santé, nous quitte le 3 juillet 1937 ayant reçu en vingt-cinq jours 0,94 d'éphédrine. Le 2 juillet 1938, un an plus tard jour pour jour, Mme Er... était bien portante n'ayant subi à aucun moment de retour offensif et sa glycémie ce jour était à 1 gr.

OBSERVATION III

P. Jacquet, St. Thieffry, J. Turiaf, André Basset et
F. Plas (*Ibidem*).

Le 27 février 1938, à deux heures de l'après-midi, l'un de nous (Thieffry) est appelé d'urgence en consultation auprès d'une malade de 57 ans, Mme D..., a été prise

subitement à 8 heures du matin, le jour même, en descendant son escalier, de violentes douleurs épigastriques qui ont persisté depuis sans discontinuer. Il y a eu de plus deux vomissements au début, et le médecin de ville a tenté l'emploi des calmants habituels, y compris la morphine, sans aucun résultat.

L'aspect de la malade dès le premier abord est si caractéristique, — avec la violence et la localisation de la douleur en pleine profondeur de l'épigastre et tendant à gagner l'hypochondre droit, avec ses irradiations ascendantes vers les seins et surtout sa répercussion lombaire, avec le facies plombé et les lèvres violacées traduisant un état de shock intense, — qu'il se superpose exactement à celui de nos précédentes malades et que nous portons d'emblée, comme extrêmement probable, le diagnostic de pancréatite ou sinon d'une affection très voisine et à sémilogie identique. Nous avons recours, de suite, à l'éphédrine et nous en injectons 4 cgr. en une seule piqûre. En l'espace de très peu de minutes, sous nos yeux, les douleurs se dissipent et l'état de shock prend fin ; la malade se lève et fait quelques pas dans sa chambre. Le ventre est parfaitement souple dans toute son étendue, sans aucune zone douloureuse à la pression ni tuméfaction perceptible. Seule existe une douleur à la pression profonde en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, dans l'angle formé par les vertèbres et par la douzième côte. Le pouls varie entre 90 et 100. La tension artérielle, à 17-9 au Vaquez en période douloureuse, est reprise ensuite à différentes reprises et n'est pratiquement pas influencée par l'injection d'éphédrine. Température à 38°. Il n'y a pas de sucre dans les urines, pas d'ictère. La recherche de la glycémie n'a pu être pratiquée.

La rémission cependant n'excède pas deux heures et à quatre heures de l'après-midi les douleurs reparaissent. De retour à 9 heures du soir auprès de la malade, nous la trouvons dans le même état qu'à notre première visite, l'état de shock et les douleurs sont réapparues comme avant. Nous injectons alors à nouveau 4 cgr. d'éphédrine, et cette fois encore comme la précédente, sous nos yeux et de façon magique l'ensemble se dissipe. A 11 heures du soir, après un laps de temps égal à la première rémission, les douleurs s'installent à nouveau. La nuit ne sera plus dès lors qu'une longue souffrance jusqu'au lendemain 28 février où, à 10 heures du matin, la malade est opérée.

Contrairement à notre désir pressant d'une exploration de la région pancréatique, le chirurgien préfère, par raison de prudence, explorer d'abord la fosse iliaque droite, quitte à pratiquer ensuite une incision médiane. La fosse iliaque est ouverte par une longue incision à sa partie externe, la malade étant endormie au mélange de Schleich. Avant toute exploration une compresse est enfoncée profondément dans la masse de l'intestin et ramenée imbibée de sang, nous montrant ainsi l'existence d'un hémopéritoine. Rapidement, car l'état de l'opérée donne des inquiétudes, on résèque l'appendice, en position rétro-cæcale et qui après l'exérèse est reconnu sain. On met un drain en place et l'on en reste là, n'ayant pu pratiquer les explorations projetées.

Le réveil se fait sans souffrance nouvelle et la malade est guérie. Mentionnons dans les suites opératoires un ictère léger apparu après quarante-huit heures et de cinq jours de durée. Nous avons revu la malade à plusieurs reprises depuis son opération. Elle était toujours bien portante après trois mois écoulés.

OBSERVATION IV

Tuffier. A propos des pancréatites aiguës, in *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, séance du 13 février 1924.

Un homme de 49 ans, ayant un passé héréditaire et personnel hépatique, sa mère et une sœur ayant eu plusieurs crises, et lui-même ayant présenté en 1915, et 1917 et en 1921, trois accès très caractéristiques avec vomissements dans les deux dernières, et léger ictère. Entre ses crises, il avait de temps en temps une sensation douloureuse passagère dans l'hypocondre droit et la région médiane épigastrique. Il avait été mis à un régime pendant longtemps mais il avait abandonné toute diététique spéciale, se sentant bien portant.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 janvier, il est pris, à 2 heures du matin, d'une douleur extrêmement violente, atroce, comparable à une colique hépatique qui, au lieu de siéger dans l'hypocondre droit, prenait la forme d'une barre épigastrique. Deux piqûres de morphine furent inefficaces, des vomissements noirs et le faciès grippé le firent transporter à notre hôpital avec le diagnostic de « rupture de la vésicule biliaire ». Il a des sueurs froides, il n'a plus de pouls, sa température est à 37°3, le faciès est livide, les yeux creusés, les lèvres violacées ; je porte le diagnostic de « pancréatite », le malade était vraiment mourant, je refusai une intervention dans ces conditions. Des injections de sérums sous la peau, le goutte à goutte rectal séro-caféiné et les *piqûres d'adrénaline* furent prescrits. Le soir surviennent des vomissements et bientôt un état de

délire ; je croyais que le malade allait succomber dans la soirée.

Le lendemain matin, il était dans le même état, il n'y avait pas de matité dans les hypocondres. L'épigastre était sensible, mais l'état général était aussi mauvais, sauf un pouls perceptible incomptable.

Je me décidai à faire une laparotomie sus-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, en avant du pancréas, s'écoula un flot de liquide clair (1 verre), il devait être maintenu là par de bien légères adhérences puisque je ne les ai pas trouvées. Immédiatement derrière, je vis le pancréas œdémateux, toute la région boursoufflée, augmentée de volume, avec des plaques légèrement violacées, mais, à la palpation, quelques nodosités du corps, nulle part il n'existait un foyer quelconque qui me permit d'intervenir utilement par une incision pancréatique. Pas de foyer bien déterminé, un coup de sonde cannelée dans le tissu ne laissa écouler aucun liquide spécial. Dans ces conditions, je fermai la plaie abdominale en drainant. Au cours de cette laparotomie, j'avais exploré la vésicule biliaire qui n'était pas tendue et dans laquelle existaient vers le niveau du col quelques petits graviers.

Le soir de mon intervention, le malade était tout aussi moribond. Le lendemain matin, les vomissements continuaient, mais le pouls était plus perceptible ; *la même médication fut suivie*. Au quatrième jour, les vomissements disparaissaient, et le pouls était à 120 ; la température n'était toujours pas élevée, les urines de 300 gr. dans les vingt-quatre heures remontaient à 500, les vomissements diminuaient de fréquence, et, peu à peu, le malade se rétablit et sortit le 16 janvier.

Pancréatite au cours d'une lithiase biliaire. La lésion

s'est atténuée et a guéri, je ne dirais pas grâce à, mais malgré mon intervention.

OBSERVATION V

Syndrome péritonéal aigu. Apoplexie colique sans thrombose apparente. J. de Fourmestraux *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 8 juin 1938).

Une femme de 40 ans, qui nous fut adressée par le Dr Pradines, d'Epéron, avec le diagnostic de syndrome péritonéal aigu, perforation appendiculaire probable, rentre dans notre Service le 5 mai 1938.

Sœur B... (Marie), maigre et musclée, est religieuse d'une congrégation pauvre. Accoutumée à de dures besognes, n'aurait, d'après ses dires, jamais été malade. Ses règles seules sont fort douloureuses et ont été, à diverses reprises, accompagnées d'hémorragies abondantes. Elle a, de plus, présenté, il y a un an, des épistaxis sévères, difficiles à arrêter.

Dix heures avant notre examen, douleurs intenses dans les fosses iliaques et la région prépubienne, douleurs, qui après s'être atténuées, ont repris avec violence après avoir été calmées par une piqûre de morphine. Vomissements alimentaires, il y a cinq heures, puis, au moment même de notre examen. La malade a mangé, le matin, des légumes et de la viande de cheval qui constitue sa nourriture habituelle. Ces vomissements bilieux paraissent contenir des traces de sang (l'examen au laboratoire en confirma la présence). Facies grippé péritonéal. Syncopes passagères. Tension basse : Max., 10. Température : 37°1 ; pouls à 130, petit et filant.

Quelques gouttes d'urine. Ni sucre, ni albumine. Temps de saignement et coagulation normaux. Défense musculaire généralisée à tout l'abdomen, hyperesthésie cutanée. La palpation douloureuse semble peut-être plus précise dans la fosse iliaque droite ; mais, on a l'impression que la contraction est plutôt une réaction de défense qu'un état permanent. Ce n'est pas là le ventre de bois des infections péritonéales diffuses après perforation.

Pas de sonorité pré-hépatique, rate non perceptible. L'état général précaire ne permet guère un examen sous écran. Plèvres libres, rien à l'auscultation. Réflexes normaux.

Toucher vaginal impossible. Toucher rectal extrêmement pénible par suite de la présence d'un volumineux paquet hémorroïdaire procident. Après examen, le doigt du gant est souillé de sang. L'utérus est augmenté de volume, rétrofléchi, on ne sent ni les trompes, ni les ovaires, le Douglas paraît libre.

Le diagnostic d'appendicite perforée, fait par le médecin traitant, est possible, mais non certain. Laparotomie-Ether. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'un liquide séreux, poissé, légère coloration (le laboratoire confirma l'existence de sang dans l'exsudat).

Cæcum extériorisé, coloration bleuâtre plus accentuée que normalement de la région cæco-appendiculaire. Appendice peut-être légèrement augmenté de volume, mais ce n'est certainement pas là, l'origine des accidents (l'examen histologique, Dr Foulon, montrera un piqueté hémorragique de la muqueuse sans caractères spécifiques précis).

Nous pensons, en raison de l'aspect de l'épanchement, à une lésion gastro-duodénale. Incision prolongée. Intégrité de l'étage sus-mésocolique, estomac, duodénum et

vésicule d'apparence normale. *Le pancréas est nettement augmenté de volume, aspect œdémateux rosé, pas de stéatonecrose apparente.*

Cette coloration rosée, très légèrement ecchymotique, est, du reste, étendue à la totalité de l'intestin, mais il n'y a cependant pas, sur le grêle, trace de suffusion sanglante évidente.

Le côlon ascendant et le transverse apparaissent comme normaux ou à peine teintés, mais, en revanche, le côlon descendant, le côlon pelvien et ce que l'on peut apercevoir du rectum, présentent un aspect que nous n'avions jamais observé. Descendant et sigmoïde ont une coloration violacée, aubergine, ce n'est pas l'aspect boudiné observé dans certaines thromboses, mais plutôt la teinte violacée des hernies étranglées au deuxième jour, ou des invaginations de l'adulte. Le côlon sigmoïde du type pelvien au niveau du point où il se coude, de gauche à droite, devant le rectum, présente deux placards ecchymotiques, qui tranchent sur la zone voisine, et de l'étendue de la paume de la main.

Le péritoine, dans sa zone de réflexion recto-pelvienne, est piqueté de taches rouges lenticulaires.

L'utérus et les annexes semblent intacts encore que les ligaments larges présentent aussi quelques taches ecchymotiques.

Le mésocôlon est infiltré dans sa totalité. De l'arcade de Riolan au sigmoïde, on cherche vainement à percevoir des battements vasculaires, en revanche, ceux-ci sont nettement accusés et synchrones aux pulsations aortiques à un travers de doigt de l'émergence sous-duodénale de l'artère mésentérique inférieure. S'il y a thrombose, elle n'est certainement pas haute. Les veines, dans l'ensemble,

apparaissent dans leur zone, perceptibles, comme étalées et augmentées de volume.

Apoplexie colique ou thrombose et infarctus colique ? Nous sommes vraiment embarrassés sur la conduite à tenir. Une résection intestinale, une extériorisation même, apparaît comme singulièrement aléatoire devant l'étendue des lésions.

L'état de la malade, dont la respiration se fait superficielle, le pouls filant, et dont la tension baisse à une cadence rapide, indique la nécessité de terminer au plus vite.

Fermeture de la paroi en un plan. Adrénaline : 2 mgr. Sérum sous la peau, caféine, huile camphrée, etc... A la contre-visite du soir, nous sommes étonnés de retrouver la malade, et surtout de constater une amélioration réelle. Le pouls est perceptible, les douleurs se sont calmées. Nouvelle injection d'adrénaline (5 mgr. dans les vingt-quatre heures). Contre toute attente, Sœur B... (Marie), a consolidé très simplement. Au bout de quarante-huit heures, selle spontanée, fétide et sanglante. Les vomissements ont cessé le lendemain de l'intervention. L'alimentation liquide reprise rapidement. Le drain enlevé le quatrième jour, les fils, le dixième.

Les examens de laboratoire, qui n'avaient pu être faits que d'une façon incomplète en raison de l'urgence de l'intervention, ont montré, le lendemain, l'urée sanguine à 0,60, pour tomber, le cinquième jour à 0,30. Hyperglycémie (lésion du pancréas ?) qui persiste une quinzaine de jours, 1 gr. 95, pour atteindre 1 gr. 35 le dixième jour, puis 1 gr. 15 le quinzième. Au bout de quarante-huit heures, temps de saignement et de coagulation normaux.

L'examen cytologique du liquide d'exsudat péritonéal a

montré la présence de sang. D'autre part, aseptie de l'épanchement, tant par examen direct que par ensemencement.

OBSERVATION VI

Dr Henry : pancréatite œdémateuse. Drainage pancréatique et cholécystostomie, *in* thèse de Maurice Chapuis. Lyon, 1937-1938.

F..., 26 ans, est amené avec le diagnostic d'ulcère gastrique perforé.

Le malade a présenté des crises douloureuses abdominales antérieures et il y a trois ans, a subi une appendicectomie.

Le 8 février 1937, à 1 h. 1/2 de l'après-midi, il est pris d'une douleur très vive brutale, très localisée à la région épigastrique.

Pas de vomissements.

Examen : vu à la quatrième heure, ce qui frappe c'est la pâleur intense du sujet. Il existe une contracture de tout le creux épigastrique. Flancs et hypogastre souples et peu douloureux. Matité préhépatique conservée. Pas de matité dans les flancs.

Pouls à 92, température à 37°8.

Intervention : sous-anesthésie générale. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Dès l'ouverture du ventre, l'on constate l'absence complète de liquide et l'intégrité absolue de l'estomac et du duodénum.

Mais tout le grand épiploon et toute la région hépatique sont le siège d'un œdème très marqué, diffus, mou.

Le diagnostic de *pancréatite œdémateuse est évident.*

L'on pratique un décollement colo-épiploïque ; on aborde la face antérieure du pancréas. Il n'y a pas de liquide dans l'arrière cavité, mais toute la région est envahie par l'œdème, le *pancréas est volumineux*.

On pratique alors sur la table d'opération, *deux injections de 1 mgr. chacune d'adrénaline* à quelques minutes d'intervalle.

Au bout de quelques minutes, l'on assiste à une *indiscutable diminution de l'œdème*.

On établit un tamponnement prépancréatique dans l'arrière cavité et, malgré l'intégrité absolue des voies biliaires, on pratique une cholécystostomie qui laisse écouler une importante quantité de bile couleur goudron. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : on institue un traitement médical, comprenant essentiellement glace, sérum hypertonique, *deux injections par jour d'adrénaline*, 30 unités d'insuline, XL gouttes d'atropine.

Le lendemain, malade calme, son pouls est bon, le ventre souple.

Glycémie à 1 gr. 60.

Le deuxième jour, délire aigu, au cours duquel le malade arrache son tube de cholécystostomie.

L'on continue le traitement médical.

Le quatrième jour, le malade a toute sa connaissance.

Glycémie à 1 gr. 20.

Le tamponnement est supprimé en totalité le quatorzième jour.

Revu en décembre 1937, il n'a pas présenté de crises douloureuses.

Addendum. — La rareté des observations nous incite à faire état des faits suivants :

De Fourmestraux, postérieurement à la communication précédente dans une communication épistolaire adressée à notre maître le Dr P. Jacquet, relate le fait suivant : « Je viens d'opérer, il y a une
« quinzaine, un homme présentant un syndrome dou-
« loureux pancréatico-solaire et ai trouvé un pancréas
« œdémateux énorme, avec infiltration hémorragique
« péripancréatique. J'ai mis la vésicule à la peau, car
« elle était très distendue (liquide aseptique). Résultat
« nul. Au bout de quarante-huit heures, alors que cet
« individu paraissait mourant, l'*adrénaline* à *hautes*
« *doses* a déterminé une véritable résurrection. »

Gilbert Dreyfus, appelé le quatrième jour après l'intervention, auprès d'un malade de Roger Couvelaire opéré de pancréatite aiguë et paraissant mourant, emploie l'*éphédrine* à la dose de 6 cgr. par jour pendant quatre jours et voit le malade guérir contre toute attente (Communication orale au cours d'une discussion à la Société Médicale des Hôpitaux, séance du 8 juillet 1938, non consignée dans les Bulletins).

CHAPITRE V

Les données thérapeutiques.

Trois facteurs associent leurs effets dans les pancréatites aiguës traitées, dans les cas favorables : le choc opératoire et les traumatismes chirurgicaux, l'anesthésie générale, l'action pharmacodynamique.

LE CHOC OPÉRATOIRE ET LES TRAUMATISMES CHIRURGICAUX.

La chirurgie est décevante en matière de pancréatites aiguës, indépendamment des cas avancés où existe une collection liquidienne qu'il est nécessaire d'évacuer (faux kyste du pancréas. Obs. I). L'action du chirurgien, dans les pancréatites aiguës opérées très tôt, se borne en général à l'exploration manuelle et à la manipulation des organes, à la dilacération parfois du péritoine prépancréatique, ce qui peut favoriser il est vrai l'écoulement de l'œdème, à l'exploration à la sonde cannelée du tissu pancréatique dans le but de rechercher une collection hématique ou liquidienne quelconque. On termine par un tamponnement plus ou moins serré de la région, par la

mise en place d'un drain au-devant du pancréas. Soins post-opératoires habituels. Parfois l'initiative chirurgicale est moins grande encore et le ventre est refermé, faute d'indications opératoires précises, après une laparotomie simplement exploratrice.

Le résultat, inattendu, dans les cas favorables tout au moins de ces opérations décevantes et où le rôle du chirurgien peut paraître illusoire, est bien connu cependant. Après l'opération en effet, en cas d'action heureuse, le malade s'améliore ; parfois même il s'éveille guéri comme dans l'observation III où une simple laparotomie avec appendicectomie eut une action suspensive complète et définitive sur la douleur, le choc et les symptômes connexes, et nombreux sont les faits de cet ordre qui ont été relatés.

Faut-il incriminer dans ces cas favorables une action suspensive du choc opératoire lui-même ? Ou bien les traumatismes exercés dans un territoire neurologique en état de désordre ne provoquent-ils pas des actions réflexes ? Grégoire et Couvelaire ont fait la critique de cette chirurgie déconcertante. « Est-ce
« bien le geste du chirurgien qui a amené la guéri-
« son ? Peut-on vraiment penser de bonne foi que
« la simple dilacération limitée et superficielle d'un
« pancréas tuméfié dans sa totalité ou la mise en place
« d'un drain qui ne touche qu'un point infime de la
« surface de cette glande énorme, ont suffi pour gué-
« rir une maladie généralisée à tout l'organe ? » (Grégoire et Couvelaire) (1). Et l'on évoque ici cette

1. R. Couvelaire (Rapport de Raymond Grégoire). A propos de

boutade de Tuffier : « Le malade guérit, je ne dirais
« pas grâce à, mais malgré mon intervention » (Tuffier) (1).

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

Plus sûrement peut-être que le choc opératoire, c'est l'anesthésie générale qui agirait dans ces guérisons post-opératoires et quasi-inespérées des pancréatites commençantes. Grégoire et Roger Couve-laire (2) rapportent une observation qui a, dans ce sens, la valeur d'une véritable expérience.

Un sujet est opéré au douzième jour d'une pancréatite aiguë. Après laparotomie à l'anesthésie générale au mélange de Schleich, on trouve le pancréas énorme, d'aspect succulent, ayant perdu sa lobulation. Toute la glande est infiltrée et de consistance molle. Deux ponctions exploratrices ne ramènent qu'un peu de sang. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Dès le réveil le malade ne souffre plus et il insiste spontanément sur la transformation de son état. L'amélioration continue les jours suivants, amorçant la convalescence, lorsqu'au matin du quatrième jour après l'opération il est repris brusquement, de façon explosive, des douleurs et des vomissements du début.

La question diagnostique ne se posant plus et la pathogénie et du traitement de l'œdème aigu du pancréas (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 28 novembre 1934).

1. Tuffier. A propos des pancréatites aiguës (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, séance du 13 fév. 1924).

2. *Ibidem*.

l'intervention étant sans but, on se contente d'endormir le malade à nouveau, pendant vingt minutes, au mélange de Schleich. Dès le réveil, les douleurs ont totalement disparu et le malade, guéri, peut quitter l'hôpital quatorze jours plus tard, la guérison se maintenant sans changement après trois mois écoulés.

L'ACTION PHARMACODYNAMIQUE.

Bien que les observations de pancréatites aiguës comportant l'emploi de l'éphédrine ou de l'adrénaline n'existent à l'heure actuelle qu'en fort petit nombre, la netteté des résultats obtenus dans certaines d'entre elles permet de prendre connaissance de l'action thérapeutique dont on peut disposer. L'action pharmacodynamique ressort de façon particulière des observations II et III, ainsi que des cas cités par Gilbert Dreyfus et par De Fourmestraux dont les malades restèrent, après l'opération, dans un état inchangé et très grave et qui ne durent leur salut qu'à l'éphédrine pour l'un et à l'adrénaline pour l'autre.

Chez leurs trois malades, Jacquet et ses collaborateurs ont employé l'éphédrine dans l'intention première de combattre l'état de choc ; et les réactions, sous une forme imprévue, se sont calquées sur la variation des doses progressivement augmentées. Dans le premier cas, 4 cgr. injectés journellement pendant trois jours, ont sur la douleur une action sédative partielle, accusée nettement par la malade.

Opérée ensuite d'un kyste hémorragique du pancréas avec élimination partielle de la glande, la malade guérit.

La seconde malade, atteinte en outre, d'une pleurésie hémorragique développée rapidement à bas bruit, reçoit de façon continue 8 cgr. d'éphédrine par jour. En l'espace de deux jours, les douleurs, le choc, la pleurésie disparaissent. L'éphédrine étant supprimée, les douleurs reviennent en trois jours et disparaissent à la reprise de la dose initiale pour réapparaître à nouveau, l'éphédrine étant abaissée à 2 cgr., et se dissiper une troisième fois par la reprise du médicament à la dose du début. La malade reçoit en vingt-cinq jours, 0,94 d'éphédrine, et sort guérie, sans rechute depuis un an.

A la sixième heure de sa crise, la troisième malade reçoit 4 cgr. d'éphédrine en une seule injection. En l'espace de peu de minutes les douleurs et le choc disparaissent, pour reparaître deux heures après. A la treizième heure, seconde injection à la même dose, et reproduction identique des mêmes faits pendant le même laps de temps. La laparotomie par voie basse, à l'anesthésie générale, montre un hémopéritoine et un appendice sain qui est réséqué. Une alerte en cours d'opération empêche le retour à la voie haute et une exploration plus complète. La malade s'éveille guérie, sans rechutes depuis trois mois.

Dans certaines circonstances, par conséquent, l'éphédrine peut dépasser le rôle d'un simple adjuvant du traitement chirurgical et devenir à elle seule,

réellement curatrice. Tel a été le cas par exemple de la seconde malade qui n'a dû sa guérison qu'au seul traitement médical. Mentionnons l'existence dans cette observation d'une pleurésie hémorragique développée à bas bruit, associée à la pancréatite et de même pathogénie qu'elle, et qui s'est résorbée spontanément en même temps que cessaient les douleurs et l'état de choc aussitôt que l'éphédrine a été employée à des doses suffisantes.

Dans la sixième observation, l'action pharmacodynamique est encore plus tangible. Au cours d'une opération pour pancréatite aiguë, on fait au malade, sur la table d'opération, deux injections de 1 mgr. chacune d'adrénaline à quelques minutes de distance. En l'espace de quelques minutes, on assiste à une indiscutable diminution de l'œdème pancréatique, ce fait, étant à rapprocher de l'observation princeps de Grégoire en matière d'apoplexie colique.

Pour agir par l'éphédrine ou par l'adrénaline dans les circonstances où elles ont été utilisées, on a dû recourir à des *doses très fortes*, très supérieures en tous cas à celles de la posologie habituelle. De Fourmestiaux, dans une apoplexie colique il est vrai, mais associée cependant à une pancréatite (Obs. V) injecte 5 mgr. d'adrénaline en l'espace de vingt-quatre heures. La dose d'éphédrine reconnue nécessaire dans l'observation II pour réfréner la pancréatite est de 8 cgr. *pro die*. De plus, la voie parentérale s'est montrée nécessaire.

Cette nécessité d'employer de très fortes doses a

comme contre-partie heureusement la tolérance tout à fait exceptionnelle présentée par les malades à l'égard du médicament dans les cas où précisément l'action pharmacodynamique a été favorable. Dans aucune des circonstances où le médicament a agi en effet, on ne mentionne dans les observations la moindre intolérance.

Ayant fait à sept heures de distance, deux injections d'éphédrine de 4 cgr. chacune, à la troisième malade, on ne note pas de modification appréciable de la tension artérielle. Aussi est-on en droit de se demander si, dans les cas en apparence rebelle, on ne serait pas fondé à monter précisément à des taux que nous ignorons, en cherchant par tâtonnement un seuil où s'établirait l'équilibre.

CHAPITRE VI

Interprétation.

La notion d'une action suspensive exercée, dans les cas favorables, par un agent à fonction neurotonique sur les pancréatites aiguës à leur stade initial, nous écarte de la conception première de cette affection, celle du reflux du contenu de l'intestin dans les voies pancréatiques avec sensibilisation *in situ* des ferments tryptiques, cette sensibilisation entraînant secondairement l'auto-digestion de la glande et les lésions bien connues depuis les travaux de Paul Carnot, Chabrol, Brocq.

La notion d'œdème initial, comme mode de début le plus habituel des pancréatites aiguës, se confirme de plus en plus et c'est le sang extravasé dans cet œdème congestif qui apporterait les ferments sensibilisants nécessaires pour réaliser l'autodigestion.

Sur le mode de production de l'œdème *pancréatique*, maladie de même nature vraisemblablement que l'apoplexie colique sans thrombose et, à n'en pas douter, de pathogénie commune, on en est réduit à des hypothèses. Les chirurgiens d'une façon générale, avec Gré-

goire et Couvelaire, envisageraient assez volontiers l'origine anaphylactique de ces apoplexies viscérales et cette conception est séduisante au premier abord. Similitude clinique en effet, par le mode de début, le collapsus initial, les diarrhées profuses parfois et parfois hémorragiques, des manifestations cliniques avec le grand choc anaphylactique ; action suspensive possible et commune de l'anesthésie générale et de l'adrénaline ; réalisation par l'anaphylaxie de congestions œdémateuses diffuses, ou localisées au contraire, apoplectiques et nécrotiques à type de phénomène d'Arthus ; possibilité de reproduire expérimentalement, par des injections sensibilisantes puis déchaînantes, sur une anse intestinale isolée, un foyer apoplectique sans thrombose. Cependant il faut bien le dire, l'anaphylaxie chez ces malades sous sa forme péremptoire, celle de l'anaphylaxie alimentaire survenant chez des sujets ayant reçu préalablement des traitements sérothérapiques, ne cadre guère avec les faits, de façon générale.

Plus séduisantes au contraire et beaucoup plus suggestives sont les recherches de Reilly (1) et de ses collaborateurs sur l'action exercée par le sympathique sur les viscères abdominaux. Exerçant, sous des modalités les plus variées, une action sur les splanchniques, la chaîne sympathique en des points variés de sa hauteur, ou sur les pédicules vasculaires, ils reproduisent expérimentalement les suffusions

1. Reilly, Rivalier, Compagnon, Laplane et Du Buit : Sur la pathogénie de la dothiéntérie. *Annales de Médecine*, 1935.

hémorragiques des séreuses (pleurésie hémorragique, hémopéritoine, épanchement hémorragique du péricarde) ainsi que les apoplexies séreuses et hémorragiques des viscères et des mésocôlons couramment observés dans les pancréatites et dans les infarctus de l'intestin.

Transposer sur le plan clinique ces données expérimentales, c'est évoquer la pathologie même du système sympathique, laquelle n'est faite encore que d'obscurités. Mentionnons cependant, comme cause possible d'une action, neurotonique ou autre, dans les pancréatites, la *lithiase biliaire*. Très souvent en effet, la pancréatite aiguë coïncide avec la lithiase et 40 % des pancréatites aiguës concernent des lithiasiques d'après les statistiques.

Fait curieux, il ne s'agit pas de lithiase cholédocienne, comme on pourrait s'y attendre, mais de simples cholécystites calculeuses. Enregistrons, sans plus, ce fait que nous ne pouvons interpréter.

CHAPITRE VII

Conclusions.

Employées à doses fortes et par voie parentérale, l'éphédrine et accessoirement l'adrénaline sont susceptibles de jouer un rôle d'arrêt vis-à-vis des pancréatites aiguës à leur stade initial. Associée à la double action des traumatismes chirurgicaux ou du choc opératoire et de l'anesthésie générale, l'action pharmacodynamique contribue puissamment à la guérison dans les cas favorables.

L'action reconnue de l'éphédrine dans les pancréatites aiguës s'est montrée élective, non seulement vis-à-vis de la douleur et de l'état de choc, mais de l'ensemble des symptômes, l'éphédrine ayant réellement dans les cas favorables une action curatrice.

Le médicament doit être utilisé obligatoirement par voie parentérale à des doses très supérieures à la posologie habituelle et que seule l'expérience permettra de préciser, ce fait allant de pair avec la tolérance tout à fait exceptionnelle présentée par les malades à l'égard du médicament dans les cas où l'action pharmacodynamique a été favorable.

L'action suspensive possible d'un agent à fonction neurotonique renforce la théorie qui fait jouer aux plexus et aux vaisseaux un rôle prépondérant dans la genèse des pancréatites aiguës. Tout se passe en effet, comme si avait lieu dans les plexus et dans les vaisseaux, une perturbation à sémilogie cataclysmique qui précède la pancréatite et sur laquelle une action pharmacodynamique, un choc opératoire ou l'anesthésie générale puisse jouer un rôle d'arrêt.

Que cette action s'exerce au stade initial d'œdème pancréatique et les lésions irrémédiables (apoplexie, nécrose, autodigestion) de la pancréatite confirmée pourront être évitées.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu : le Président de la thèse,
HARVIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
A. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnons ci-dessous que les documents que nous avons consultés.

- ASSELIN (J.). — Infarctus total du grêle du groupe infarctus par choc d'intolérance. *Académie de Chirurgie*, 3 février 1937.
- BOSHEIMER. — Nature et prophylaxie de l'auto-intoxication dans la nécrose aiguë du pancréas. *Archives für Klinische Chirurgie*, août 1932.
- BROCQ (P.). — Les pancréatites aiguës chirurgicales (Masson, 1926).
- BROCQ (P.) et VARENGOT. — A propos de la pathogénie des lésions dites « pancréatite hémorragique ». Infarctus du pancréas, ou nécrose aiguë du pancréas. *Académie de Chirurgie*, 5 juillet 1937.
- CARNOT (P.). — Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites (Thèse de Paris, 1898).
- CHABROL. — Les Pancréatites dans les affections du foie (Thèse de Paris, 1910).
- CHAPUIS (M.). — Contribution à l'étude des Pancréatites aiguës (Thèse de Lyon, 1937-1938).
- COUVELAIRE (R.). — Les œdèmes aigus du Pancréas et des Mésos péritonéaux adjacents. Etude clinique et expérimentale (Thèse de Paris, 1933).
- DESBONNETS (G.) et LOHEAC (P.). — Pancréatite suppurée suivie de cytotéatonécrose disséminée et de thrombose mésentérique avec infarctus intestinal au cours d'une lithiase

biliaire (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 8 mai 1927).

DUFOUR. — Infarctus du grêle guéri par médication antichoc. (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 22 janvier 1936).

DE FOURMESTRAUX. — Syndrome péritonéal aigu. Apoplexie colique sans thrombose apparente (*Académie de Chirurgie*, 8 juin 1938).

GAUTIER (J.). — Infarctus intestinal. Ex-radiologique et traitement médical (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 22 janvier 1936).

GRÉGOIRE (R.). — Infarctus de l'intestin (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 19 décembre 1934).

— Infarctus intestinal par choc d'intolérance (*Journal de Chirurgie*, septembre 1936).

GRÉGOIRE (R.) et COUVELAIRE (R.). — A propos de la pathogénie et du traitement de l'œdème aigu du pancréas (*Société Nationale de Chirurgie*, 28 novembre 1934).

— Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux) (Masson, 1937).

JACQUET (P.), THIEFFRY (St.), THURIAF (J.), BASSET et PLAS. — Syndromes douloureux pancréatico-solaires. Action de l'éphédrine par voie parentérale (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 juillet 1938).

KUSUNOKI (E.). — Etude expérimentale sur la pancréatite aiguë, particulièrement sur l'influence du système neuro-végétatif (*Ach. of Klin. Chirurgie*, 11 août 1936).

LAFORGUE. — Infarctus segmentaire du grêle guéri par injection d'adrénaline (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 22 janvier 1936).

LAUBRY, BROUSSE (Th.) et VAN BOGAERT. — Œdème angioneurotonique et crises solaires (*Société Médicale des Hôpitaux*, 6 mars 1931, p. 379).

- LAVERDOS. — Infarctus du mésentère et de l'intestin grêle (*Académie de Chirurgie*, 3 février 1937).
- MONDON. — Pancréatite hémorragique. Infarctus mésentérique chez un éthylique (*Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 mai 1927).
- OLLIERIC. — Traitement de la pancréatite A. H. (Thèse de janvier 1937).
- PADOVANI et CATTAL. — Infarctus intestinal. *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 22 janvier 1936.
- PASTEUR VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. — Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales, accompagnées de spasmes vasculaires. *Société Médicale des Hôpitaux*, 20 mars 1931, page 459.
- REILLY, RIVALIN, COMPAGNON, LAPLANE et Du BUIT. — Sur la Pathogénie de la dothiéntérie. *Annales de Médecine*, 1935.
- SAVY (P.) et PUIG (R.). — Infarctus mésentériques multiples et hémorragie pancréatique. Société de Médecine et Sciences médicales. *Lyon Médical*, 16 février 1927.
- TUFFIER. — A propos des pancréatites aiguës. *Bulletins et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie*, 13 février 1924.
-

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
I. Introduction.....	9
II. Historique.....	12
III. Les pancréatites aiguës à leur stade initial.....	16
IV. Observations.....	22
V. Les données thérapeutiques.....	39
VI. Interprétation.....	46
VII. Conclusions.....	49
Bibliographie.....	51

3210. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-1939²
